

## La maturation : période critique d'âge entre 40-65 ans. Santé, maladie, vieillissement et âges sociaux

### Maturation, a critical phase between ages 40 and 65, and its effects on health and aging

Maryvonne Gagnalons-Nicolet et Anne Bardet Blochet

Volume 16, numéro 1, printemps 1991

Aspects de la dynamique conjugale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032210ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032210ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

#### Résumé de l'article

L'apparition récente d'une période critique d'âge, située entre 40 et 65 ans, et appelée la « maturation », est un produit de la vie sociale des sociétés industrielles. Comme carrefour du vieillissement, cette période d'âge n'est pas liée à un âge chronologique précis (cap de la quarantaine ou de la cinquantaine), mais davantage à des difficultés d'âge social associées à des conflits d'identité, à mettre en rapport avec des problèmes spécifiques de santé, de maladie, propres aux effets du vieillissement.

#### Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

#### ISSN

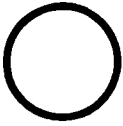
0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

#### Citer cet article

Gagnalons-Nicolet, M. & Bardet Blochet, A. (1991). La maturation : période critique d'âge entre 40-65 ans. Santé, maladie, vieillissement et âges sociaux. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 191-212. <https://doi.org/10.7202/032210ar>



## **La maturescence: période critique d'âge entre 40-65 ans. Santé, maladie, vieillissement et âges sociaux**

---

Maryvonne Gognalons-Nicolet\*

Anne Bardet Blochet\*

L'apparition récente d'une période critique d'âge, située entre 40 et 65 ans, et appelée la «maturescence», est un produit de la vie sociale des sociétés industrielles. Comme carrefour du vieillissement, cette période d'âge n'est pas liée à un âge chronologique précis (cap de la quarantaine ou de la cinquantaine), mais davantage à des difficultés d'âge social associées à des conflits d'identité, à mettre en rapport avec des problèmes spécifiques de santé, de maladie, propres aux effets du vieillissement.

### **1. Revue critique de la littérature**

Le milieu de la vie a été décrit, dans la littérature anglo-saxonne, comme une période de transition marquée par des référentiels d'âges sociaux, des étapes familiales pour les femmes et des étapes professionnelles pour les hommes (Gould, 1978; Jaques, 1965; Levinson, 1976; Neugarten, 1968). Alors qu'il est souvent associé à une période de crise pour le développement de l'identité masculine, l'achèvement, le succès, la carrière en représentent les enjeux (Gould, 1972; Vaillant, 1977). Cependant, ce concept de crise du milieu de la vie lié à l'identité professionnelle reste controversé (Farrell et Rosenberg, 1981; Notman, 1978; Nydegger, 1970). Son importance pour les femmes n'a pas été beaucoup étudiée (Barnett et Baruch, 1983; Targ, 1980); de plus, il n'est pas évident que les transitions de carrière professionnelle chez les femmes aient des conséquences sur leur

---

\* M. Gognalons-Nicolet est psycho-sociologue, Docteur ès Lettres et Sciences humaines et A. Bardet Blochet est sociologue (Unité d'Investigation Clinique, Institutions Universitaires de Psychiatrie (I.U.P.G.), Genève.

santé mentale et physique (Targ, 1980; Srole et Fischer, 1980; Rossi, 1980).

Du point de vue familial, cette période d'âge est caractérisée chez les femmes par une certaine perte de la séduction, le syndrome «du nid vide» et une augmentation des problèmes de santé mentale et de suicide (Neugarten, 1968). Ces approches morcelées et éclectiques sur le plan théorique ne proposent pas des définitions très claires, ni sur le plan psychologique ni du point de vue sociologique (Hunter et Sundel, 1989). Décrivent-elles des crises individuelles ou des déterminations socio-structurelles d'âge? La plupart de ces travaux tentent de généraliser une psychologie du développement liée à des âges sociaux, applicable à tous les milieux, commune à tous les groupes sociaux. Or, la stratification d'âge dépend de l'évolution socio-historique d'une société donnée.

Aussi, la recherche entreprise à Genève<sup>1</sup> a-t-elle délibérément opté pour:

- une étude représentative et contextuelle de ce groupe d'âge (Gognalons-Nicolet, 1989), dans un premier temps;
- un enracinement des problèmes de santé et de maladie, proche à cet égard des recommandations de Pearlin (1989) sur les études concernant le stress.

Afin d'établir cette période critique d'âge comme «carrefour du vieillissement», et pour le valider sur le plan longitudinal, une enquête a été effectuée en 1985 auprès d'un échantillon représentatif de 821 personnes âgées de 40 à 65 ans habitant le canton de Genève en Suisse (pour la représentativité de l'échantillon, on se reportera à l'Annexe méthodologique). Un premier objectif a porté sur la spécificité historique de cette population et sur sa singularité comme classe d'âge dans les domaines du travail et de la famille. Le second objectif a consisté à articuler l'incidence des problèmes familiaux et professionnels sur la dégradation de l'état de santé en construisant un indice de situations à risque, testé cinq années après par différents suivis de cohortes, l'étude de la cohorte générale se poursuivant à l'heure actuelle.

L'objet de cet article est de montrer, par la première phase transversale, l'articulation entre âge social dans le métier et la famille et problèmes de santé et de maladie associés à ces âges sociaux. À partir de l'indice de situations à risques dégagé dans cette première phase, il s'agit ensuite de commenter les premiers résultats du suivi à cinq années pour certaines cohortes au devenir préoccupant.

En enracinant ainsi dans un contexte géographique et socio-historique singulier la production sociale de la maladie, nous pourrions alors discuter théoriquement le choix et la proposition de ce nouveau concept de maturation par rapport aux travaux anglo-saxons sur le milieu de la vie ou «le mitan de la vie» («mid-life» ou «middle-age»).

## **2. Âge social et travail**

Dans la population genevoise se dessine, bien avant le départ à la retraite, une période intermédiaire de fin de la vie professionnelle, qui dépend des modalités de sortie de la vie active et des processus sociaux de mobilité professionnelle de cette société. Cohabitent parmi les 40-65 ans des groupes aux aspirations et aux réalisations professionnelles très différentes, souvent en contradiction les unes avec les autres. Pour certains, c'est le sommet et l'achèvement de leur carrière (7,7 % de la population totale estiment qu'à partir de la quarantaine, ils ont vécu une période de réalisation professionnelle positive). Pour d'autres commencent déjà les processus d'exclusion sociale liés au vieillissement. Les catégories sociales basses à faible mobilité professionnelle, comme la population de non-cadres masculins et à faible qualification, subissent davantage de situations d'impasses et de transformations négatives dans leur vie professionnelle.

Les groupes sociaux les plus favorisés, sécurisés dans les positions de pouvoir qu'ils occupent, continuent à gérer leur mode de vie en fonction d'un modèle stable et connu de sortie de la vie professionnelle.

Au cours des dernières années se multiplient, pour des groupes de femmes et d'hommes de plus en plus nombreux, des situations professionnelles problématiques et ambiguës (difficulté de promotion sociale, compétition accrue avec les jeunes générations mieux formées et plus qualifiées, difficultés de recyclage, difficultés économiques, double carrière, charge des ascendants). Ces situations d'insécurité et d'exacerbation des mécanismes de pouvoir et de compétition ne sont pas à mettre en relation avec des traits spécifiques de personnalité, mais davantage avec la qualité des expériences vécues dans ces situations de changements économiques et industriels (secteurs d'activité en déclin, professions à faible qualification, changements technologiques nécessitant un haut niveau de formation, transformation des rapports familiaux, donc charges souvent accrues et de plus en plus contradictoires pour les femmes)<sup>2</sup>.

Les modèles traditionnels de promotion à l'ancienneté et les attentes normatives de carrière deviennent de plus en plus probléma-

TABLEAU 1

**Les difficultés professionnelles selon les types de carrière de la population masculine genevoise âgée de 40 à 65 ans\* (N = 387)**

Types de carrière	Cadres			Non-cadres	
	Immobilés N = 43 100 %	Promus à l'ancienneté N = 169 100 %	Promus volontaristes N = 35 100 %	Immobilés N = 85 100 %	Promus à l'ancienneté N = 55 100 %
Impasses professionnelles (AI, chômage)	—	1,2	2,8	3,5	3,6
Changements professionnels négatifs autour de 40 ans	4,6	8,3	11,4	10,6	14,5
Absence de réussite professionnelle	7,0	2,3	2,8	11,7	5,4
AI = rentes de l'Assurance-Invalidité					

\* La Suisse, en particulier le canton de Genève, a connu durant ces quatre dernières décennies une période de croissance peu touchée par la récession économique; ce qui explique, en particulier pour la population masculine de cette classe d'âge, un modèle généralisé de promotion sociale à l'ancienneté (169 personnes soit 43,6 % ont été promues à l'ancienneté). La «promotion volontariste» (35 personnes, soit 9,0 %) de la population masculine totale est composée de ceux qui ont entrepris une formation, ou effectué des changements d'emploi ou de profession, pour accéder de façon volontaire au statut de cadre.

tiques pour de larges groupes sociaux. Dès lors s'impose une période d'incertitude, profondément ambiguë, dont les processus de décision échappent souvent aux choix des individus mais sont dépendants de la gestion collective de la fin de la vie professionnelle dans un contexte économique bien précis.

### 3. Âge social et famille

L'augmentation généralisée de la longévité a transformé les calendriers familiaux durant cette période d'âge. Entre 40 et 65 ans à Genève, un homme sur deux a des enfants à charge contre une femme sur trois. En revanche, une femme sur quatre est déjà seule contre un homme sur douze. Les événements de vie liés à la sphère familiale (départ des enfants, mort des parents, divorce, séparation, veuvage, maladies graves) se multiplient et se manifestent comme des marqueurs du vieillissement retentissant sur l'état de santé.

Les transformations du cycle de la vie familiale redéfinissent les tâches multigénérationnelles façonnant une identité d'âge (prise en charge du vieillissement et de l'avenir des descendants, ruptures maritales douloureuses, recherche problématique de partenaires sexuels, surtout pour les femmes). Les transformations d'âge provoquent des conflits d'identité qui se traduisent par de forts malaises psychologiques, renforçant souvent les difficultés relationnelles (solitude, déclin des réseaux sociaux, sentiment de dévalorisation sociale souvent à mettre en relation avec un avenir social bloqué). Toutefois, ces nouveaux calendriers d'âge familial font appel à des processus de socialisation complexes, non appris dans les années de jeunesse; devenir l'aîné-e de la lignée familiale, assumer et gérer l'héritage symbolique et le rôle de grand-parent face à des jeunes souvent mal insérés dans la vie sociale, affronter des situations d'isolement affectif, tous ces facteurs confrontent à de nouvelles expériences aux issues problématiques. Les capacités des individus à gérer les changements familiaux, les situations de rupture et d'impasses familiales ne relèvent pas seulement de capacités maturatives liées aux tâches du développement, mais aussi à des processus collectifs d'apprentissage dont les règles sont occultées et les valeurs sous-jacentes non légitimées. Comment avouer, sinon s'avouer, la recherche d'un partenaire sexuel? Comment faire face au mourir des ascendants dans de nouveaux lieux médicalisés? Comment affronter, non plus le départ des enfants, mais le fait qu'ils continuent à vivre avec leurs parents à 25 ou 30 ans sans autonomie financière?

#### **4. Les modes privilégiés d'expression de la maturation: rapport au corps, au temps et à la mort**

Sur chaque lieu critique de la maturation, que ce soit la ménopause, la crise dite du milieu de la vie ou le vieillissement professionnel, les modes d'expression privilégiés ont toujours été liés au corps, à la santé, à la maladie et à la mort. Toutes ces expériences de changement liées aux âges professionnels ou familiaux sont vécues comme des épreuves, des conflits identitaires s'exprimant par des préoccupations envers leur corps traduites le plus souvent en problèmes de santé. Ce ne sont pas des événements de vie, ni le «stress» selon la formulation anglo-saxonne, mais davantage des épreuves d'âge social qui produisent des transformations de l'identité sociale et remettent en cause le sentiment intime du «je», ou le sentiment d'identité existentielle. La contextualisation de ces situations stres-

santes représente à l'heure actuelle l'enjeu de toute analyse sociologique et épidémiologique (Pearlin, 1989).

*La ménopause*: les femmes présentent lors de la ménopause quatre types d'attitudes différentes, en relation étroite avec les problèmes d'âge sociaux décrits précédemment:

- celles qui ont des attitudes positives (27,8 % de la population féminine) sont celles qui ont eu accès à des postes d'encadrement et qui ont le sentiment objectif d'une grande maîtrise de leur vie professionnelle, en relation avec des destinées familiales fixées très précocement, subissant peu de variations pendant cette période critique de la maturation;
- celles qui n'ont pas mentionné de différence durant cette période (autour de 17,5 %) sont des cadres ou des employées dont la carrière a peu évolué, qui sont le plus souvent mariées et dont le mode de vie actuel est le même que celui de leur jeunesse;
- celles qui associent l'âge de la ménopause à des remaniements personnels négatifs dans leur vie actuelle (évoqueries de problèmes de vieillissement, de santé et de mort, 24 %) sont celles qui cumulent peu de ressources éducatives, peu de satisfaction dans leur mode de vie actuel, davantage de dissolutions maritales et d'événements de vie importants ayant modifié leur vie actuelle. Pour elles seulement — soit 1 femme sur 4 —, l'âge de la ménopause a été — ou est — une période critique, déterminant une prise de conscience d'âge souvent douloureuse, fortement associée à des problèmes relationnels se répercutant sur des problèmes de santé;
- celles qui présentent une attitude ambivalente (30,6 %), mentionnent à la fois des aspects négatifs (santé physique ou émotionnelle moins bonne, préoccupations envers la vieillesse et la mort, etc.) et des aspects positifs (fin des soucis relatifs à l'hygiène mensuelle ou aux risques de grossesse, mieux-être physique ou émotionnel, etc.).

Pour seulement une femme sur quatre, l'âge biologique de la ménopause se conjugue à des difficultés d'âge social, exprimées par des conflits identitaires remettant souvent en jeu l'identité existentielle.

*Les changements professionnels négatifs autour de la quarantaine*: pour une personne sur huit (soit 12,5 % du total), les changements professionnels autour de la quarantaine sont considérés comme négatifs et subis. Ce sont surtout les groupes sociaux défavorisés qui

n'ont pas profité du mouvement genevois de promotion sociale généralisée, qui s'estiment pénalisés et qui attribuent à une absence d'initiative personnelle et de réussite l'immobilité de leur carrière. Pour ce groupe, la prise de conscience d'un âge social associé au vieillissement prématuré est construite à partir d'un statut socio-professionnel peu élevé et par l'intériorisation d'un modèle personnel d'échec. La fin de la vie professionnelle, autour de 50-59 ans, constitue, pour ceux qui possèdent peu de ressources culturelles et symboliques, une période critique bien avant l'âge de la retraite, à mettre en rapport avec des conflits identitaires exprimés par de plus grandes préoccupations par rapport à leur corps.

*La crise du milieu de la vie:* 17,7 % des hommes et 20,7 % des femmes de la population totale se sont dits concernés par la crise du milieu de la vie et en ont parlé en relation avec des problèmes de santé, qu'ils ont exprimés.

TABLEAU 2

## Crise du milieu de la vie et représentations de la santé

Évaluation de l'état de santé	Population concernée par la crise	Population non concernée par la crise
	N - 158 100 %	N - 649 100 %
Pas de handicap physique, pas de maladie, bonne santé	52,5	67,3
Inconfort physique moyen, statut physique moyen, gêne, état de santé moyen	35,4	25,1
Maladie grave, état de santé mauvais	12,0	7,5

Les femmes, plus souvent en situation d'isolement, ont insisté sur la ménopause, les problèmes individuels douloureux, une grande peur du vieillissement et de la mort; les hommes ont davantage insisté sur les difficultés familiales et professionnelles. Tous et toutes appartiennent à une partie de la classe moyenne et moyenne supérieure genevoise, d'origine sociale souvent modeste et d'un niveau d'instruction moyen. Ce groupe en situation d'instabilité familiale et professionnelle traduit ses difficultés sociales par des conflits identitaires sous des formes psychologiques. «La culture psychologique», dans le sens de Castel, les touche plus directement que les autres



groupes. Nous reviendrons plus en détail en conclusion sur la psychologisation des problèmes sociaux.

*Santé et maladie durant cette période critique d'âge*: l'intégrité tant physique que mentale est menacée durant cette période d'âge par une augmentation des états exprimés de mauvaise santé. L'opposition santé-maladie recoupe deux situations contrastées, où la position occupée dans l'échelle sociale en relation avec le contexte genevois reste un des éléments dominants.

- Aux plus malades correspondent les revenus les plus modestes, la plus grande fréquence de ruptures maritales (notamment chez les femmes), davantage d'impasses professionnelles (chômage, mise en invalidité), l'absence de satisfaction par rapport à la carrière professionnelle ou familiale et le plus grand nombre d'événements de vie ayant bouleversé de façon négative le mode de vie.
- À ceux qui se disent en bonne santé correspondent les revenus les plus élevés, les situations maritales les plus solides accompagnées de réseaux familiaux et sociaux denses, les positions sociales les plus favorisées et les plus stables avec des réalisations professionnelles et familiales satisfaisantes.

Une partie de ces résultats sont consignés dans le tableau 3, qui montre la relation étroite entre la position occupée dans l'échelle sociale et le rapport à la santé:

- davantage d'hommes cadres en excellente santé (34,6 %);
- davantage de femmes employées non qualifiées en mauvaise santé (9,5 %);
- davantage de maladies déclarées chez les employés non qualifiés (42,9 %), chez les indépendants (42,5 %), chez les ouvriers et ouvrières (52,9 %);
- davantage de gêne physique entravant l'autonomie de vie chez les ouvriers et ouvrières (20,6 %).

## **5. La maturation: carrefour des processus de vieillissement**

Chaque groupe, en fonction de sa trajectoire sociale, et chaque sexe possèdent des ressources propres pour se confronter à cette période et pour la gérer de manière spécifique; ce qui renvoie à des ressources individuelles, sociales et temporelles apprises pour faire face à cette période d'âge. Les femmes plus que les hommes, ainsi que les catégories sociales favorisées, se mobilisent de manière plus intensive.

TABLEAU 3

**Évaluation de l'état de santé selon la position occupée dans  
l'échelle sociale de la population genevoise âgée de 40 à 65 ans  
(N = 821 pers.)**

Indicateurs de l'état de santé	Évaluation de l'état de santé		Maladies déclarées		Degré de gêne	
	% Excel- lente	% Mauvaise Très mauvaise	% aucune maladie déclarée	% 1 ou plusieurs maladie(s) déclarée(s)	% aucune gêne physique, aucune sur- veillance médicale	% Certaine gêne physique, avec ou sans contrôle médical
<b>Position sociale</b>						
Professions libérales cadre supérieurs N = 188 100 %	34,6	1,6	65,9	34,1	68,6	7,4
Cadres moyens N = 213 100 %	32,6	2,8	68,5	31,5	69,0	12,7
Employés qualifiés N = 223 100 %	25,1	6,7	57,8	42,2	60,1	17,0
Employés non qualifiés N = 84 100 %	19,0	9,5	57,1	42,9	60,7	16,7
Indépendants/ agriculteurs N = 73 100 %	24,7	6,8	57,5	42,5	60,3	10,9
Ouvriers qualifiés et non qualifiés N = 34 100 %	20,6	2,9	52,9	47,1	52,9	20,6

Cette prise de conscience douloureuse peut provoquer une aggravation des pathologies déclarées, aussi bien que des mécanismes de résistance et de protection dirigés vers la restauration de l'état de santé et vers de nouveaux rapports au corps.

Durant cette période de la vie et parce que s'amorcent les processus de vieillissement, c'est-à-dire l'intégration de la dimension temporelle face au corps qui se transforme, une dimension importante hypothèque le rapport à la santé et à la maladie, le rapport à l'avenir, produisant pour certains et certaines un avenir bloqué en relation avec une situation actuelle insatisfaisante.

Trois sentiments (sentiment d'un avenir sans espoir, idées de mort et idées de suicide) traduisent cette situation de détresse personnelle et d'avenir bloqué.

Les idées de mort dominent pour 45 hommes à la valeur «un peu», 11,1 % de la population masculine totale et pour 14 d'entre eux, à la valeur «beaucoup», 3,4 % de la même population ainsi que pour 61 femmes à la valeur «un peu», 14,6 % de la population féminine totale et pour 26 d'entre elles à la valeur «beaucoup», 6,2 % de cette même population.

Un peu plus d'une personne sur 7, avec une plus grande proportion de femmes, ressentent des idées de mort. 61 femmes (14,6 % de la population féminine totale) contre 49 hommes (12,0 % de la population masculine totale) voient l'avenir sans espoir. Un tiers à peu près de chacun de ces groupes y pense «énormément» et deux tiers seulement «un peu». 22 hommes (5,4 % de la population masculine) et 18 femmes (4,3 % de la population féminine) ont des idées de suicide, «un peu» pour la plupart d'entre eux.

Ces résultats montrent qu'à peu près 15 % de la population totale des 40 à 65 ans ressent des sentiments négatifs envers l'avenir avec une proportion non négligeable d'idées de suicide, critère très difficile à avouer dans un auto-questionnaire de santé mentale. Contrairement à ce qu'on pouvait penser, les plus jeunes sont davantage représentés dans chacune des catégories que les plus âgés. L'aptitude à gérer des changements d'âge sociaux, à négocier les transformations qui se jouent durant cette période de la vie, suppose que le projet vital soit maintenu. Or, pour au moins 3 % de la population totale, les idées de mort, de suicide et d'avenir sans espoir dominent.

Cette intégration de la dimension temporelle représente un des enjeux majeurs influençant la qualité des processus de vieillissement sur la santé durant cette période d'âge, à mettre en relation avec la remise en cause du sentiment d'identité existentielle.

## **6. Les situations à risques manifestes: problèmes et méthodes**

Après avoir décrit quelques-uns des éléments de spécificité sociale de ce groupe d'âge, il s'est agi de bâtir un indice de situations à risques qui tienne compte à la fois de la qualité des données disponibles et des résultats de recherches existantes.

La première limite concerne le type de données obtenues par questionnaires standardisés et par auto-questionnaire, le sujet social

étant entièrement défini par les caractéristiques objectives de son histoire ou de son mode de vie.

En posant des questions standardisées à une population alors qu'elle est à son domicile, on s'expose inévitablement à se cantonner au manifeste et à l'objectif. Il faut rappeler au niveau méthodologique que ce questionnaire d'environ une heure et demie, concernant les sphères du travail, de la famille, des événements de vie et des états ressentis de santé et de maladie, était rempli par un enquêteur à partir des réponses fournies par la personne elle-même. Le questionnaire de santé mentale de 53 items, issu des travaux de Derogatis (1974), était rempli par le sujet lui-même.

Dans tous les cas, la personne pouvait minimiser, occulter ou même cacher volontairement ou involontairement certaines informations. Ce qui nous conduit à préciser que les situations à risques envisagées peuvent être qualifiées de manifestes, fortement dépendantes de ces méthodologies objectivantes.

Aussi la description de l'indice qui va suivre fait-elle appel à des dimensions manifestes, mais aussi à des champs référentiels très divers dont certaines mesures peuvent être considérées comme quantitativement standardisables, alors que d'autres se prêtent moins bien à la standardisation.

Si des mesures de statut mental, de réseaux sociaux et de variables sociales posent quelques difficultés conceptuelles, l'évaluation de l'état de maladie déclarée par la personne elle-même en pose encore davantage.

L'intitulé exact de la question élaborée à partir de divers travaux comparatifs effectués aux États-Unis et à Paris était le suivant:

«Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies?»

- Quelle(s) maladie(s)?
- Depuis quel âge?
- Cette maladie vous gêne-t-elle dans votre vie quotidienne? (oui, beaucoup — peu — pas du tout)
- Cette maladie demande-t-elle une surveillance médicale régulière? Laquelle?

Les problèmes théoriques soulevés par les représentations de la maladie dans une population générale sont suffisamment importants pour que nous ayons choisi de les traiter dans une autre étude.

En tenant compte de toutes ces réserves, le calcul de l'indice de situations à risques manifestes, de 0 à la valeur maxima 22, s'est établi de la façon suivante.

TABLEAU 4

**Les critères de construction de l'indice des situations à risques  
et les totaux des populations représentées (Population  
genevoise âgée de 40 à 65 ans)**

Le statut mental (Échelle de Dérogatis)		
Degré de malaise		
Sévère	- 224 personnes	98 H 126 F
Avenir bloqué		
Idées de suicide	- 40 personnes	22 H
Avenir sans espoir	- 110 personnes	18 F 49 H
Idées de mort	- 146 personnes	61 F 59 H 87 F
Les réseaux sociaux		
Réseaux amicaux rares ou nuls	- 119 personnes	49 H
1 ou aucun ami	- 194 personnes	70 F 93 H
Personne à qui faire appel	- 105 personnes	101 F 59 H 46 F
Les variables sociales		
Rupture maritale avec veuvage	- 168 personnes	41 H
Divorce — séparation	- 123 personnes	127 F 37 H
Impasses professionnelles AI et chômage	- 25 personnes	86 F 9 H
Insatisfaction professionnelle (pas réussi sa vie professionnelle)	- 63 personnes	16 F 24 H 39 F
Le statut physique		
Au moins 1 maladie pas grave	- 135 personnes	51 H
Au moins 1 maladie moyennement grave	- 108 personnes	84 F 51 H
Au moins 1 maladie grave	- 67 personnes	57 F 35 H 32 F
Indice de 0 à valeur maxima 22		

## 7. Analyse des résultats

La courbe bi-modale des situations à risques manifestes montre deux pics: un premier pour ceux n'ayant aucun risque à la valeur 0 (20,7 % de la population générale) et un second pic à la valeur 2 (16,0 % de la population générale).

Après la valeur 3, la courbe décline régulièrement jusqu'à la valeur 20, valeur maxima observée sur 1 personne seulement. L'allure générale de cette courbe conduit à nuancer les résultats concernant les moyennes qui vont suivre. Par rapport à l'allure générale de la courbe, on se doute que les écarts-types seront assez importants et que corollairement des différences même minimales entre les moyennes devront être interprétées avec prudence.

La moyenne générale des risques pour la totalité de la population est de 4,1, nettement plus importante pour les femmes (4,5) que pour les hommes (3,7).

Ces premiers résultats confirment beaucoup de travaux portant sur la morbidité différentielle selon le sexe en population générale (Semipop, 1987), en particulier pour cette classe d'âge. Les femmes apparaissent comme plus malades, dans notre cas, plus à risques que les hommes, et cependant meurent beaucoup moins que leurs contemporains masculins. Ces processus d'adaptation différentielle selon le sexe face à la maladie et au vieillissement sont bien connus (Verbrugge, 1985). Les hommes ont tendance à minimiser, sinon occulter, volontairement ou involontairement la gravité de leur maladie, leur degré de gêne dans la vie quotidienne, alors qu'au contraire, les femmes ont plus tendance à exprimer des états de santé moyens ou mauvais.

Cela ne veut pas dire que l'un ou l'autre sexe soit plus malade. Cela signifie seulement que le discours, la parole rapportant les maux physiques ou mentaux varient selon le sexe. Les hommes et les femmes n'adhèrent pas aux mêmes valeurs concernant le corps, la santé et la maladie. Comme le rappelle Verbrugge, la perception des symptômes, l'évaluation de la gravité des symptômes, la préparation avant d'entreprendre des actions curatives pour faire face à la maladie et la capacité à le faire, varient d'un sexe à l'autre.

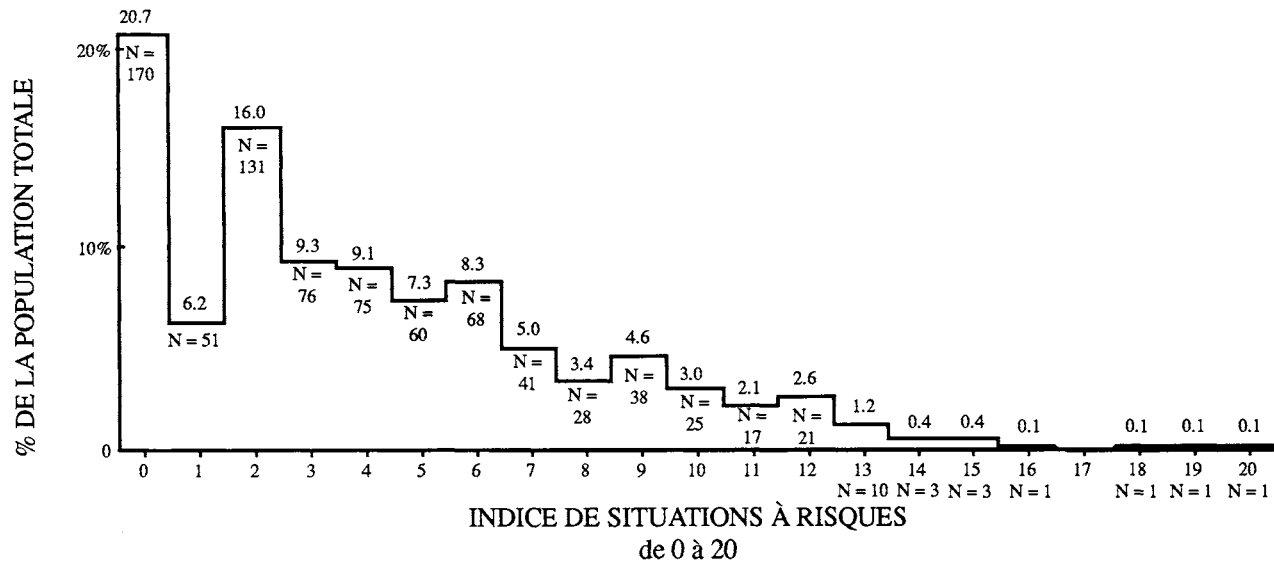
Il faut rappeler que la courbe de la morbidité hospitalière n'est pas semblable, puisque comme l'ont montré les données d'entrées hospitalières genevoises, les hommes y sont beaucoup plus représentés dans la classe d'âge de 40 à 65 ans.

Nous constatons là une des énigmes scientifiques de notre époque constituant probablement un des enjeux les plus graves pour les années à venir, et sur lequel nous reviendrons en conclusion: la surmortalité masculine entre 40 et 65 ans, qui hypothèque lourdement le paysage du vieillissement très fortement féminisé.

Cette différence dans les moyennes de situations à risques manifestes est suffisamment importante pour que nous la conservions tout au long des résultats qui vont suivre.

TABLEAU 5

**COURBE BI-MODALE DES SITUATIONS À RISQUES  
ENQUÊTE GENEVOISE  
POPULATION DE 40-65 ANS**



0 = aucun risque, 20 = valeur maxima de situation à risque

Globalement, la majorité des résultats observés confirment ceux de la plupart des travaux de mortalité et de morbidité différentielle (Desplanques, 1973, 1984; Antonovsky, 1972).

Sont plus en situation de risques les plus âgés, de 60 à 65 ans, les catégories sociales les plus basses, ceux aux niveaux d'éducation les plus bas, et ceux dont les revenus mensuels sont les plus faibles, avec un taux de risques très fort pour les femmes, souvent seules, aux revenus se situant autour du seuil de pauvreté.

**TABLEAU 6**

**Les moyennes des scores à l'indice de risque de la population genevoise âgée de 40 à 65 ans (N = 821)**

	Hommes	Femmes
Moyenne générale	3.7	4.5
40-45 ans	3.0	3.2
Selon l'âge		
61-65 ans	5.0	5.1
Selon la catégorie professionnelle:		
• cadres supérieurs	3.3	4.8
• employés qualifiés	3.6	4.9
• commerçants, artisans	4.6	
• employés non qualifiés		5.5
Selon le niveau d'éducation:		
• avec diplôme universitaire	3.0	3.0
• sans diplôme	4.1	5.3
Selon le revenu mensuel *:		
• 10 000. et plus (8 000 \$ can. et plus)	3.6	3.7
• 3 000. à 4 000. (2 400 à 3 250 \$ can.)	4.9	
• 1 500. à 2 000. (1 200 à 1 600 \$ can.)		6.3
• 1 000. à 1 500. ( 800 à 1 200 \$ can.)		8.8

\* À Genève, le seuil de pauvreté se situe autour de 1 500 FRs. pour une personne seule et de 2 500 FRs. pour un couple

## **8. Avantages et inconvénients de cette notion de situation à risques pour les études pronostiques**

La substitution de la notion de situations à risques de maladie grave dans une population générale à celle de facteurs de risque apparaît très prometteuse pour la suite de cette enquête de population. Nous pourrions lui trouver une équivalence dans la littérature anglo-saxonne en l'associant à une situation stressante à domicile, insistant alors sur la globalité des éléments situationnels fortement déterminés par des causes structurelles, ce qui rejoindrait la position théorique



de Pearlin (1989) sur la nécessité d'analyser le contexte structurel d'émergence à la notion de stress.

Encore faut-il ne pas être dupe de cette notion de situations à risques fort hétérogène qui atteint des niveaux très divers. Si elle paraît utile pour repérer des individus ou des populations plus exposées à des risques de détérioration de l'état de santé, dans son principe même, elle additionne des facteurs isolés, observables par rapport à différents référentiels.

Autrement dit, dans une situation à risques, s'additionnent des indices de malaise, de détresse psychologique, d'insatisfaction professionnelle, de réseaux sociaux et de représentation de gravité de maladie physique dont le cumul devrait augmenter le degré d'exposition.

Plus que de causalité, nous nous trouvons là au centre d'une complémentarité de facteurs; nous faisons l'hypothèse qu'ils augmentent la gravité des risques de maladie sévère s'ils sont additionnés. Ce problème tant épistémologique que méthodologique a fait l'objet de nombreuses réflexions, dont celle de C. Devereux, et celle de Niels Bohr (1948) que Paul Hermann (1976) a longuement développée dans ses travaux sur l'évaluation des psychothérapies. Cette articulation de facteurs à différents niveaux, et par rapport à différents référentiels, si elle permet de postuler une relation de complémentarité, interroge la translation de l'observation d'un référentiel à un autre; en d'autres termes, elle interroge l'introduction du temps. Face à un avenir bloqué, à une situation de détresse psychologique, à une insatisfaction professionnelle, le sujet dispose de ressources psychologiques ou sociales pour transformer cette situation. Il peut nier, rejeter ou tenter de gérer ces changements dans son mode de vie. À chaque étape de la séquence de perte de santé, il peut — ou ne peut pas — tenter d'y remédier. Nous sommes là dans le vaste champ des «*coping mechanisms*», mécanismes d'adaptation pour faire face à des risques aggravés de maladie grave.

Rien pour le moment n'est dit de la structure, du processus du fonctionnement psychologique de la personne en relation avec son histoire personnelle. De plus, certains systèmes de références sont peut-être incompatibles ou contradictoires entre eux, comme peuvent déjà le montrer les premiers résultats du suivi à cinq années.

## **9. Après cinq années: le suivi de la mortalité et le problème des refus de rencontre**

La stabilité de la population genevoise fait que le suivi de la mortalité a pu être effectué et continuera à l'être dans les prochaines

années. Or, ce que nous constatons sur les 15 personnes décédées au début de l'année 1990 est un indice de risque de 8,2. De plus, en comparant quelques-uns des facteurs étudiés aux difficultés de rencontre de différentes cohortes, nous constatons, dans le tableau 7, que les risques sont souvent évalués plus graves chez ceux qui ont refusé de nous rencontrer cinq années après.

La population de ceux qui allaient décéder avait davantage de maladies physiques déclarées comme graves, alors que ceux et celles qui ont refusé de nous rencontrer ont une grave détresse psychologique et un plus fort sentiment d'avenir bloqué (30,6 %). De même, parmi la cohorte qui avait des idées de suicide en 1985, ceux qui ont refusé de nous rencontrer — plus d'un sur quatre — avaient davantage le sentiment d'avoir un avenir bloqué que ceux rencontrés (50 % contre 36,5 %); ils étaient moins nombreux, toutefois, à avoir déclaré une maladie physique grave (20 % contre 34,6 %).

Ce qui nous conduit à émettre l'hypothèse que le pourcentage couramment admis de 30 à 40 % de non-rencontre lors de suivi longitudinal représente le plus souvent un groupe à haut risque psycho-pathologique. En n'en faisant pas une analyse détaillée, nous nous exposons dans les études pronostiques à mettre de côté ou à ignorer un groupe dont l'avenir paraît compromis.

#### **10. Un problème très préoccupant: les situations dépressives non traitées à domicile**

Un autre groupe est à considérer, ceux, mais plutôt celles, qui ont une tendance dépressive grave à l'échelle de Derogatis, non traitée et vivant à domicile: 22 personnes (17 femmes et 5 hommes) étaient dans ce groupe en 1985, soit 2,6 % de la population totale. Leur indice de risque se situait autour de 12 en 1985.

En comparant le profil socio-démographique de cette cohorte à celui de la population générale, on observe un contexte structurel très singulier pour ce groupe très fortement féminisé.

Constituée par une majorité de femmes en situation de ruptures maritales, âgées en 1985 de 45 à 60 ans, cette cohorte réunit surtout des femmes de catégories sociales basses, qui ont toutes eu dans leurs années de jeunesse une promotion de carrière ascendante sans interruption, et qui se retrouvent parmi les populations les plus défavorisées durant cette période de la maturation. Ces effets combinés de non-réussite conjugale et de non-réussite professionnelle se trouvent confirmés par le profil symptomatique, où se cumulent des éléments de détresse psychologique, des éléments relationnels et déjà une maladie grave déclarée.

**TABLEAU 7**

**Le problème des refus comme risque psychopathologique  
sévère cinq années après**

Risque en 1985	Taux de refus de la cohorte à risque N - 36	Cohorte des décédés fin 1990 N - 15	Cohorte des idées de suicide	
			refus N - 10	rencontre N - 26
Grave détresse psychologique en 1985	58 %	46 %	70 %	73,1 %
Avenir bloqué	30,6 %	20 %	50 %	36,5 %
Maladie physique déclarée comme grave	19,4 %	46,7 %	20 %	34,6 %

**11. Des études de cohorte pour suivre et comprendre la  
spécificité des pathologies du vieillissement**

Afin de comprendre la spécificité des pathologies liées aux effets du vieillissement, nous avons posé comme centrale cette période d'âge critique de la maturation, fortement dépendante des transformations des âges sociaux dans un contexte socio-historique et géographique donné. Sans cette analyse contextuelle de départ, toute analyse des situations stressantes produisant des pathologies

**TABLEAU 8**

**Profil socio-démographique en 1985 de la cohorte des déprimés  
non traités à domicile Nombre total = 22 personnes**

	Cohorte des déprimés	Population générale N - 821
% femmes	77,3 %	50,7 %
% 51 et 65 ans en 1990	72,7 %	52,7 %
% ruptures maritales	50,0 %	17,3 %
% femmes célibataires	—	9,8 %
% de femmes au-dessous ou autour du seuil de la pauvreté genevoise	36,3 %	10,6 %
% de trajectoires professionnelles ascendantes et mobiles	54,5 %	45,2 %
% trajectoires continues sans interruptions de longue durée	31,8 %	23,4 %

TABLEAU 9

**Profil symptomatique en 1985 de la population dépressive non traitée à domicile**

	N - 22
Malaise global sévère	100 %
Avec idées de suicide	50 %
Avec un avenir sans espoir	81,8 %
Avec idées de mort	72,7 %
Personne à qui faire appel	40,9 %
Sentiment de non-réussite professionnelle	36,3 %
Avec maladie grave	54,5 %

différenciées sera difficile à réaliser. L'âge chronologique en soi a très peu de valeur prédictive, car il suppose une conception ataraxique du social (Castel, 1986) dans laquelle sont minimisés et réduits les mécanismes de résistance et de protection pour la restauration de l'état de santé. Le social ne fonctionne pas seulement comme une norme extérieure de bon fonctionnement ou de conformité, il constitue aussi un des enjeux du rétablissement de l'état de santé dans la capacité d'appropriation, de gestion de son propre devenir. L'utilisation du modèle salutogène d'Antonovsky (1979-1987) sera d'un grand intérêt pour le suivi de cette cohorte. De plus, la compréhension des processus du vieillissement impose de resituer dans leur contexte social les conflits identitaires, les remises en cause du sentiment d'identité existentielle, face au temps qui passe et face à la mort.

La réduction des variables sociales dans les approches épidémiologiques gomme toute spécificité des facteurs processuels et protecteurs de la santé. De la même manière, elle limite la complexité du déclenchement et de la dégradation de l'état de maladie. Or, le champ du vieillissement est bien celui où la dimension temporelle joue un rôle crucial, imposant des problématiques de recherche à la fois longitudinales et pluridisciplinaires.

Il est donc urgent d'articuler, par des études de cohorte, la singularité des problèmes liés aux âges sociaux, aux conflits identitaires, pour mieux suivre dans le temps le développement de ces états de crise du vivant que sont les maladies. Parallèlement aux catégories médicales qui structurent différents savoirs autour des pathologies organiques ou psychiatriques, il est urgent de proposer des modèles complexes, enracinés dans des contextes historiques singuliers, où pourraient être analysés, dans la durée, à la fois les facteurs situation-

nels, les processus intersubjectifs et les paramètres biologiques. Dans ce rapport temporel à construire, le poids relatif de chacun de ces référentiels dans le déclenchement et le développement des maladies pourrait être évalué, tout comme les facteurs qui contribuent à la restauration et au maintien de l'état de santé. C'est probablement autour de ces enjeux de prévention, d'éducation et de promotion de la santé, ainsi que de traitement et de politiques de la vieillesse, que se structurent les finalités de ces études de cohorte.

## ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE

### *Représentativité de l'échantillon*

Un échantillon de 1000 personnes, âgées de 40 à 65 ans, stratifié par l'âge et le sexe, a été fourni par le BGA (Bureau Genevois d'Adresses), avec un échantillon de remplacement pour les repêchages. Constitué à partir du fichier du Contrôle de l'Habitant, cet échantillon sous-représente la population étrangère résidente à Genève ou travaillant à Genève. Par contre, il est représentatif de la population des résidents genevois et confédérés.

Selon les deux critères d'âge quinquennaux et de sexe, et sur l'ensemble de 1000 personnes, on constate que l'échantillon demeure représentatif à 95 % quand il est diminué des non-répondants (177 personnes au total). Selon le tableau suivant, qui compare les pourcentages des populations réelles en 1985 et ceux de la population de l'échantillon, on note que l'intervalle de confiance à 95 % est respecté.

L'échantillon des répondants (821 personnes) est ainsi fiable sous l'angle de la distribution réelle par sexe et par âge (groupe quinquennal). Diverses comparaisons de contrôle ont été effectuées par caté-

**TABLEAU 10**  
**Population réelle et population de l'échantillon répondant**  
**selon l'âge et le sexe**

Classe d'âge	61-65 ans	56-60 ans	51-55 ans	46-50 ans	40-45 ans	Total
Population réelle	6.8	7.9	9.5	10.5	14.1	55'833
<b>Hommes</b>						
Population de l'échantillon	6.6	8.3	8.0	10.6	15.8	405
Population réelle	7.9	8.8	9.6	10.1	14.5	58'538
<b>Femmes</b>						
Population de l'échantillon	8.9	9.4	8.6	8.2	15.6	416

gories socio-professionnelles et par état civil, confirmant la représentativité de l'échantillon.

## NOTES

1. Recherche financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (requête no 3.920.0.87).
2. Double carrière, prise en charge des ascendants et des descendants.

## RÉFÉRENCES

- AMIEL-LEBIGRE, F., 1985, Événements de vie et risque psychopathologique, in Guyotat, J., Fedida, P., Eds, *Événement et psychopathologie*, SIMEP, Lyon.
- ANTONOVSKY, A., 1987, *Unraveling the Mystery of Health*, Jossey Bass.
- ANTONOVSKY, A., 1979, Health, stress and coping, in *New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, Jossey Bass.
- ANTONOVSKY, A., 1972, Social class, life expectancy and overall mortality, in E.G. Jaco, Ed., *Patients, Physicians and Illness*, 2nd ed., Free Press, New York.
- BARNETT, R., BARUCH, G., 1976, *Women in the Middle Years*, Paper presented at meeting of Society for Research in Child Development, New Orleans.
- BENSAÏD, N., 1981, *La lumière médicale. Les illusions de la prévention*, Le Seuil, Paris.
- BOHR NIELS, 1948, On the notions of causality and complementarity, *Dialectica*, 2, 312-319.
- CASTEL, R., 1986, Nouveaux concepts en santé mentale, *Social Science and Medicine*, 22, n° 2, p.161-171.
- DEROGATIS, L. and Col., 1974, The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report Symptom Inventory, *Behavioral Science*, 19.
- DESPLANQUES, G., 1984, L'inégalité sociale devant la mort, *Économie et Statistique*, n° 162.
- DESPLANQUES, G., 1973, À 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 seulement, *Économie et Statistique*, n° 49.
- DEVEREUX, C., 1972, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Nouvelle bibliothèque scientifique, Flammarion, Paris.
- FARRELL, M.P., ROSENBERG, S.D., 1981, *Men at Midlife*, Auburn House, Boston.
- GILLIOZ, L., 1984, La prévention comme normalisation culturelle, *Revue Suisse de Sociologie*, 1, 37-84.
- GOGNALONS-NICOLET, M., 1989, *La Maturation: les 40-65 ans — Âges critiques*, P. M. Favre, Lausanne.
- GOULD, R.L., 1972, The phases of adult life: A study of developmental psychology, *American Journal of Psychiatry*, 129.
- GOTTRAUX, M., 1980, La logique sociale de la prévention, in Fragnière, J.P., Gilliland, P., Eds, *Santé et politique sociale*, Delta, Yverdon, 26-53.
- HERMANN, P., 1976, *À propos de l'étude des changements, Quelques réflexions préalables à un travail de recherche dans le domaine de l'évaluation des psychothérapies*, Rapport non publié.

- HUNTER, S., SUNDEL, M., Eds., 1989, *Midlife Myths*, Sage Publications.
- JAKES, E., 1965, Death and the midlife crisis, *International Journal of Psychoanalysis*, 515, 46.
- LEVINSON, D. et al., 1976, *The seasons of a man's life*, Knopf, New York.
- NEUGARTEN, B.L., 1968, *Middle Age and Aging*. University of Chicago Press, Chicago.
- NEUGARTEN, B.L., DATAN, N., 1973, Sociological Perspectives of the life cycle, in Baltes, P.B., Schaie, K.W., Eds, *Life-span Developmental Psychology*, Academic Press, New York.
- NOTMAN, M., 1978, Women and Midlife: A different perspective, *Psychiatric Opinion*, 15.
- NYDEGGER, C.N., 1986, Age and life course transitions, in Fry, C., Keith, J., Eds., *New Methods for Old Age Research*, Bergin and Garvey, South Hadley.
- PEARLIN, L., 1989, The sociological study of stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- SROLE, L., FISCHER, A., SZINOVACZ, M., 1984, Older women and retirement, in Markson, E.W., Ed., *Older women*, Lexington Books.
- TARG, D., 1980, Toward reassessment of women's experience at middle age, *Family Coordinator*, 28.
- VAILLANT, G.E., 1977, *Adaptation to Life*, Little Brown, Boston.
- VERBRUGGE, L.M., 1985, Gender and health: an update on hypotheses and evidence, *Journal of health and social behavior*, 26, 1985.

## ABSTRACT

### **Maturescence, a critical phase between ages 40 and 65, and its effects on health and aging**

The recent emergence of a critical phase in life called maturescence, situated between the ages of 40 and 65, is a by-product of social life in industrialized societies. Because it is considered as a crossroads, this phase in life is not connected with any particular chronological age, such as reaching forty or fifty. Rather, it involves the difficulties of aging in society and the oncoming of identity conflicts, all of which must be seen in relation with the specific health-related problems that result from aging.